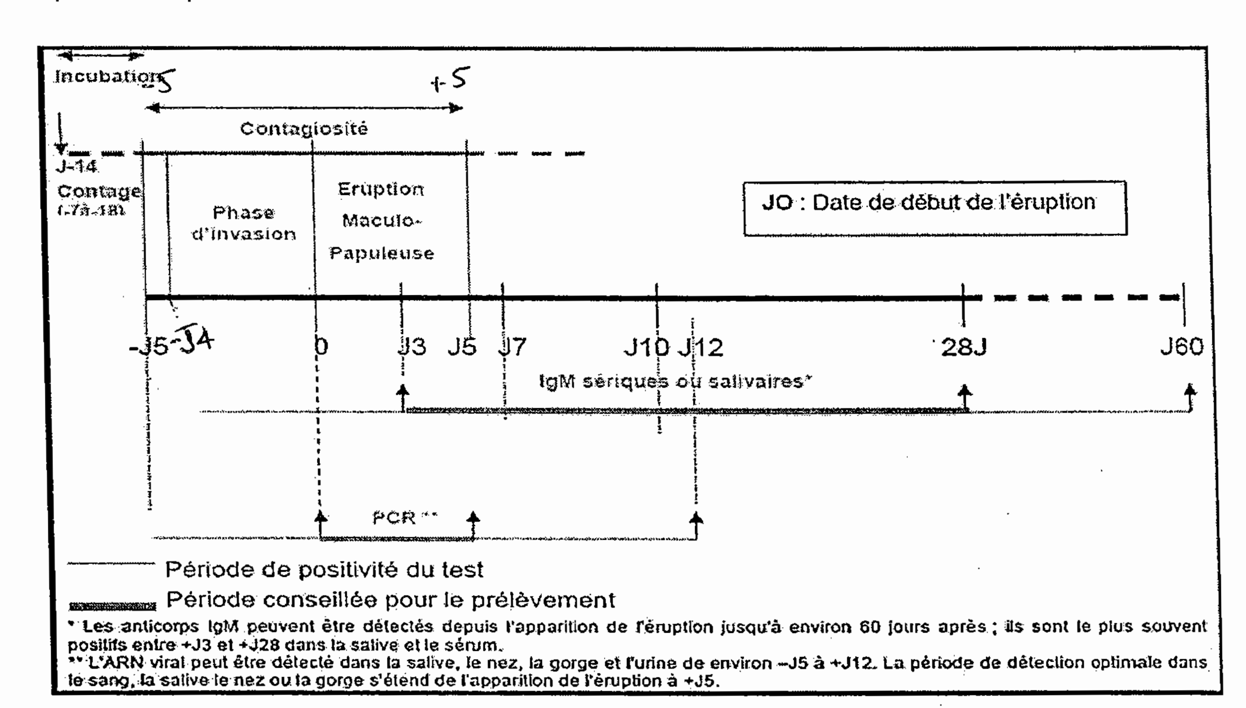
ROUGEOLE

I. Introduction : La rougeole est une des maladies infectieuses les plus contagieuses qui, malgré l'existence d'un vaccin sûr, efficace et accessible, touche plus de 30 millions d'enfants dans le monde. Elle reste la principale cause de décès par maladie à prévention vaccinale (875 000 décès par an).
Exclusivement humaine, cosmopolite et immunisante qui touche surtout le jeune enfant.
Exceptionnelle avant l'âge de 6 mois, grave avant la vaccination.
Maladie à déclaration obligatoire pour laquelle il n'existe pas de traitement spécifique.
La prophylaxie repose sur la **vaccination.**

II. Epidémiologie :

1- **Agent causal :** le virus morbilleux (isolé en 1954) est un virus à ARN monocaténaire, enveloppé (donc fragile dans le milieu extérieur), appartenant à la famille des Paramyxovirdae, genre Morbillivirus. Il diffère des autres paramyxoviridae par l'absence de neuraminidase − et des autres morbillivirus par la possession d'une hémagglutinine +
L'homme est le seul réservoir du virus.

2- Transmission : aérienne, rhinopharyngée et conjonctivale. Très rarement transplacentaire ou indirecte par des objets contaminés. Sa transmission se fait essentiellement par voie aérienne. Le virus se transmet soit directement, à partir d'un malade, soit indirectement, en raison de sa persistance dans l'air ou sur une surface contaminée par des sécrétions nasopharyngées.
La phase de contagiosité commence la veille de l'apparition des premiers symptômes, c'est-à-dire cinq jours avant l'éruption, et s'étend jusqu'à cinq jours après l'éruption



3- Contagiosité : 6 à 7 jours avant l'apparition de l'exanthème (2-3j avant la phase d'invasion) jusqu'à 2 à 3 jours après.

4- Age/sexe :
A l'ère prévaccinale, la rougeole touchait surtout les enfants de 2 à 5 ans en milieu urbain et de 5 à 10 ans en milieu rural. Elle était rare avant 6 mois (immunisation passive par les AC maternels transmis par voie transplacentaire) et son incidence après 20 ans était presque nulle.

Après la généralisation de la vaccination, on a observé un recul très net de l'âge de survenue de la maladie.

Elle touche aussi bien la fille que le garçon bien que ce dernier s'avère plus sujet aux complications (panencéphalite sclérosante subaiguë ++)

Elle sévit sur un mode endémo-épidémique en milieu urbain avec recrudescence hiverno-printanière.

III. Physiopathologie :

1- Avant la virémie :
Pénétration du virus par le rhino-pharynx/conjonctive oculaire , atteinte des cellules épithéliales puis multiplication.
J1- J2 atteinte du tissu lymphoïde régional
J2- J3 +/- virémie brève atteinte du système réticulo-endothélial à distance
Au total : multiplication dans les cellules respiratoires et conjonctivales, dans le système réticulo-endothélial régional et à distance et dans les lymphocytes.

2- Virémie :
Nécrose des cellules réticulo-endothéliales libération massive de virus : maximale entre J11-J15, disparaît à J17. Conséquences cliniques :
- Multiplication au niveau du rhino-pharynx signes de la période d'invasion (10 +/- 2j après le contage).
- Diffusion dans l'organisme (arbre respiratoire, peau, conjonctive) signes prodromiques + exanthème (probablement dû à une interaction des cellules infectieuses et des lymphocytes sensibilisés)

3- Fin de l'infection :
Marquée par le développement d'une immunité tant humorale que cellulaire.

IV. Clinique :

1- Incubation : de 10jours en moyenne (8-12j), cliniquement silencieuse, mais peut être marquée par une fièvre modérée, des signes d'atteinte respiratoires discrets transitoires.

2- Invasion : la plus longue des maladies infectieuses, elle dure 4-5 jours, très contagieuse.

Elle se traduit par :

* un malaise général
* une fièvre qui atteint progressivement 39-40°C juste avant l'éruption + frissons, parfois convulsions par hyperthermie.
* Courbatures, céphalées, sommeil agité et soif vive.
* Catarrhe diffus des muqueuses :

-1. Catarrhe oculaire (12h après le début de la fièvre) : injection conjonctivale, larmoiement, œdème palpébral, parfois sécrétions muco-purulentes.

-2. Catarrhe nasal : (après 24h de fièvre) : éternuements répétés, écoulement séreux ou séro-muqueux bilatéral, parfois muco-purulent avec rougeur narinaire et la lèvre supérieure.

-3. Catarrhe laryngo-trachéo-bronchique : toux sèche incessante : "toux férine", des râles bronchiques peuvent être notés.

-4. Diarrhée traduisant le catarrhe digestif, avec des douleurs abdominales parfois pseudo-appendiculaires dues à une adénolymphite mésentérique.

Le diagnostic à cette phase repose sur la mise en évidence du **signe de KÖPLICK :** petites taches blanc bleuâtre sur un fond érythémateux, de quelques mm de diamètre, situées sur la muqueuse jugale, en regard de la prémolaire inférieure. Pathognomonique de la rougeole. Il apparaît à la 36ème heure d'évolution et disparaît rapidement 24 à 48 heures après le début de l'éruption.

3- Phase d'état : (phase éruptive) survient 14 jours après le contage (10 jours d'incubation et 4 jours d'invasion). Elle se caractérise par une éruption d'extension descendante :

J1 : éruption discrète, débutant derrière les oreilles, au pourtour de la bouche puis toute la face.

J2 : elle s'étend au cou, épaules, thorax et membres supérieurs.

J3 : elle s'étend à l'abdomen et aux cuisses.

J4 : éruption généralisée alors qu'elle commence à disparaître au niveau du visage.

L'aspect est celui de maculo-papules rouges, multiples, inégales de 1 à quelques mm de diamètre, s'effaçant à la vitropression, non prurigineuses, isolées ou confluentes par endroits mais toujours avec des intervalles de peau saine.

L'écoulement nasal, le larmoiement et la diarrhée persistent.

La fièvre décroît progressivement. L'apyrexie est obtenue vers le 3ème-4ème jour.

4. Complications :

- Complication respiratoires :

* Rhinite purulente, pharyngite, otite : dues à une surinfection.

* Laryngite précoce : virale, c'est la laryngite striduleuse. Elle se manifeste par une dyspnée inspiratoire modérée avec tirage. De bon pronostic.

* Laryngite tardive : post-éruptive, de surinfection par le staphylocoque ou Haemophilus influenzae. Elle est grave, parfois asphyxiante.

* Bronchite : c'est la complication la plus grave ; elle réalise un tableau dramatique avec détresse respiratoire aiguë. Rx : opacités disséminées, parfois confluentes.

* Autres : Emphysème, atélectasie.

- Complications neurologiques :

* **Leuco-encéphalite** : complication précoce, survient au 4ème-5ème jour de l'éruption. Caractérisée par :
- une reprise de la fièvre
- convulsions
- troubles de la conscience
- signes neurologiques focalisés.

L'évolution se fait vers la guérison, parfois avec séquelles neuropsychiatriques, rarement vers la mort.

Cette variété d'encéphalite s'observe souvent chez des enfants présentant un déficit immunitaire qui permet au virus d'agir facilement au niveau du cerveau.

* **Panencéphalite subaiguë sclérosante de VAN BOGAERT (PESS) :** Il s'agit d'une complication tardive se manifestant plusieurs années après l'éruption. Elle se caractérise par une détérioration mentale et motrice.
L'évolution est constamment mortelle en 5-11 mois.

* Autres : Méningite, abcès cérébral de surinfection à partir d'une otite purulente.

- Autres complications :

* Thrombopénie transitoire (donnant un aspect purpurique à l'érythème)
* Complications oculaires : à type de kératite ulcéreuse avec risque de cécité.

Formes cliniques :

1- Rougeole maligne : très rare, surtout en cas de malnutrition. D'évolution fatale en quelques heures ou jours. Elle comporte :

* Forme suffocante : insuffisance respiratoire aiguë
* Forme ataxo-adynamique : atteinte neurologique grave se manifestant dès l'éruption par un tuphos avec parfois délire, une hyperthermie, langue rôtie et oligurie.
* Forme hémorragique (rougeole noire): troubles de l'hémostase à l'origine d'hémorragies muqueuses et viscérales (CIVD)

2- Formes atténuées : d'autant plus fréquentes avec l'extension de la vaccination.

3- Chez la femme enceinte : risque d'avortement, d'accouchement prématuré.

4- Chez le nouveau-né : éventualité rarissime aujourd'hui, observée si la mère contracte la maladie en fin de grossesse où le passage du virus par voie placentaire est certain. L'éruption apparaît alors dès la naissance ou dans les 10-12 jours qui suivent. La survie est habituelle.

5- Chez le nourrisson : incubation prolongée, catarrhe et exanthème discrets, complications otitiques et broncho-pulmonaires graves.

6- Forme de l'immunodéprimé : (sévère) fièvre anormalement durable, période d'extension de l'éruption anormalement prolongée, néanmoins, l'évolution est généralement favorable.
Des complications redoutables peuvent survenir à type de PESS et de pneumopathie interstitielle.

V. Diagnostic positif :

1- A l'interrogatoire : rechercher la notion de contage, l'absence d'ATCD de rougeole.

2- A la Rx : accentuation de la trame périhilaire avec traînées hilifuges.

3- diagnostic biologique :

Compte tenu de la raréfaction de la maladie dans notre pays, le diagnostic de rougeole doit être confirmé biologiquement. Ce diagnostic repose sur la mise en évidence d'IgM spécifiques sur un premier prélèvement ou sur l'élévation d'au moins quatre fois du titre des IgG sur deux prélèvements espacés de dix à 20 jours.

La sérologie sur prélèvement de sang est la technique la plus simple si l'on dispose d'un laboratoire pouvant rendre un résultat dans les trois jours. Elle repose sur un test Elisa. Les anticorps IgM apparaissent au moment de l'éruption et peuvent être détectés jusqu'à 60 jours plus tard. Les IgG apparaissent à peu près en même temps que les IgM. Cependant, une sérologie négative réalisée au cours des trois premiers jours de l'éruption ne permet pas d'éliminer le diagnostic. Dans ce cas, il est nécessaire de faire un second prélèvement huit jours plus tard. Les tests sérologiques ne sont interprétables qu'en l'absence de vaccination contre la rougeole dans les deux mois précédant le prélèvement.
Le prélèvement de salive : La confirmation du diagnostic de rougeole à partir d'un prélèvement de salive constitue l'approche alternative recommandée dans le cadre du plan d'élimination de la rougeole. L'échantillon de salive est prélevé à l'aide d'un écouvillon en mousse que l'on passe le long de la gencive. Il permet la recherche de l'ARN viral (par PCR) et celle des anticorps IgM et IgG spécifiques. Les IgM

spécifiques sont présentes dans la salive en même temps que dans le sang. Les IgG peuvent être décalées de quelques jours. L'ARNviral est présent pendant les phases d'invasion et pendant la phase éruptive de la maladie. Sa détection permet l'analyse génomique de la souche et l'identification de son origine géographique. Ce test n'est pas encore réalisable en Algérie.

Autres possibilités : D'autres possibilités de diagnostic existent : **PCR**, **culture** sur prélèvements rhinopharyngés, salivaires ou urinaires . . . mais ne sont pas pratiquées en routine
- Mise en évidence des antigènes viraux dans les cellules respiratoires ou nasales par IFD.
- Isolement du virus sur culture cellulaire de rien de singe.

Diagnostic différentiel :
Se pose avec les érythèmes morbilliformes :
- **Rubéole**
- **Exanthème subit :** dû à l'herpes virus 6 (HVH6), caractérisé par une fièvre ne dépassant pas 3 jours et la disparition de l'éruption dans l'espace de 24 heures.
- **Mononucleose infectieuse**
- **Allergie médicamenteuse**

VI. Traitement :

Le traitement est essentiellement symptomatique :
* Lutte contre la fièvre par moyens physiques et chimiques
* Apport hydro-électrolytique adéquat
* Alimentation correcte
* Prévention des convulsions hyperthermiques par les Benzodiazépines
* Prescription d'antitussifs
* Antibiothérapie si surinfection : Augmentin
* Dans les formes malignes : entreprendre des mesures de réanimation

La ribavirine peut être utilisée chez les patients immunodéprimés atteints d'encéphalite ou de pneumopathie.

Prévention :
Maladie à déclaration obligatoire
Evincer le malade de la collectivité pendant toute la période de contagiosité, c'est-à-dire jusqu'à cinq jours après le début de l'éruption
Identifier la source de contamination par l'interrogatoire : « le malade a-t-il côtoyé un cas de rougeole dans les sept à 18 jours avant le début de l'éruption ? » ; rechercher d'autres cas dans l'entourage familial ; identifier les sujets contacts.
La séroprévention : repose sur les immunoglobulines destinées aux nourrissons de plus de 9 mois et cela en cas de contage de plus de 72 heures.
La vaccination : utilise un virus vivant atténué : Rouvax® (souche Schwarz), ROR 'souche Edmonston 749D) Une seule injection en sous cutané ou en IM à l'âge de ~~9~~ ~~mois~~ (taux de séroconversion : 30%). 11 et 18 mois